

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

Le MUPRAS garantit le respect de la loi n° 08-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-532345

338 53

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13358 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUANI ZAKARIE

Date de naissance : 10/12/1990

Adresse :

Tél. : 0661 661 686 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachida AZIRAR  
Gynécologue - Obstétricienne  
314, 1er étage Bd Palestine Riad II  
Mohammadia  
Tel: 05 23 27 00 27

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : OULMANTICH Sofaa Age : 28 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivre de grossesse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                                                      |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                       |
| 01/07/2020                     | C2 + Z20          |                       | 3.000.00 DH                     | INP: 081230094<br>Dr. Rachida AZIRAR<br>Gynécologue Obstétricienne<br>314 1er étage Bld Palestine Riad<br>Mohammadia |

Dr. Rachida AZIRAR  
Gynécologue - Obstétricienne  
314, 1er étage Bd Palestine Riad II  
Monammedia  
Tel. 05 23 27 00 27

[illegible][illegible][illegible]

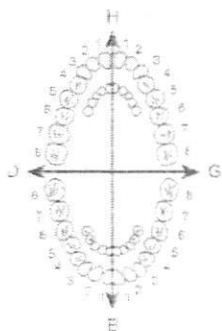
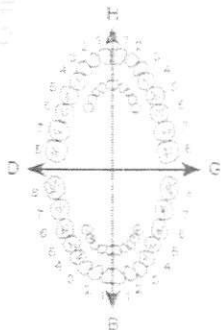
VOILET ADHERENT

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                                                            | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nature des<br>Soins | Coefficient                                 | INP : <input type="text"/>                      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------------------------------|
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
| <p>O.D.F.<br/>PROTHESES DENTAIRES</p>  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25500410</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000411</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Creation, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.</p> |                     |                                             | H                                               |  | 25500410 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 00000411 | 11433552 | E |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                                                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | 25500410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 21433552            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 00000000            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | G                   |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 00000000            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | 00000411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11433552            |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            | E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>       |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                 |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

DNP: \_\_\_\_\_

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

## AN EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DE:AS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATIGIEN ATTESTANT L'EXECUTION



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |
|                                        |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |          |                              |                        |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|                                                     | 20/05/20 | D76                          | 989,80                 |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |
|                                                     |          |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| VOLET ADHERENT                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| * Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle. |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                              |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement consoinaires, ainsi que le bilan de l'OOF. |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                   | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient                                       | INP : <input type="text"/>                                                                                                                                                            |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                               |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | <table border="1"> <tr> <td>25533410</td> <td>21483550</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11483550</td> </tr> </table> |                  | 25533410                                          | 21483550                                                                                                                                                                              | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 11483550 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                                                                                                                                   | 25533410                                                                                                                                                                                                                | 21483550         |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                | 00000000         |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                | 00000000         |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                | 11483550         |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | [Création, remont, adjonction]                                                                                                                                                                                          |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                  |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                         |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |                                                                                                                                                                                       |          |          |          |          |          |          |  |                                                                                                                                                                                       |

# Docteur AZIRAR Rachida

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Accouchement - Chirurgie  
Maladies des seins  
Coelioscopie - Hysteroscopie  
Colposcopie - Stérilité du couple  
Ménopause



# الدكتورة أزيرار رشيدة

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الجراحة - أمراض الثدي  
التنظير الباطني لعنق الرحم - و جوف الرحم  
عقم الزوجين - سن النضج  
الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية

## Ordonnance

Mohammedia le 07/07/2008

pour gynecologie sapha

1 - NFS

2 - Sérologie de la toxoplasmose

3 - Dosage de la vit D.

4 - HGP

Dr Rachida AZIRAR  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
314, 1<sup>er</sup> étage Bd Palestine, Riad II  
Mohammedia  
Tél : 05 23 27 00 27  
E-mail: azirachida@yahoo.fr

شارع فلسطين ، رقم 314 الطابق الأول رياض 2 - المحمدية • الهاتف : 05 23 27 00 27

• 314, 1<sup>er</sup> étage Bd Palestine, Riad 2 - Mohammedia • Tél: 05 23 27 00 27

E-mail: azirachida@yahoo.fr

**LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50720774**

Analyses effectuées le: 20/07/2020

Pour.....: **Mme OULMANTICH SAFAA**

Sur prescription du: Dr AZIRAR RACHIDA

Code.....: 0015588



Organisme.....:

**Bilan:**

NFS PQ TOX01 VITD GLY75

Cotation : (B 720 )

**Montant Net :** 989.80 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**NEUF CENT QUATRE VINGT NEUF Dhs 80 Cts**



Prélèvement du : 20/07/2020 Heure : 11:22  
Edition du : 20/07/2020  
Code Patient 0015588  
Matricule :



Référence 50720T2774 du : 20/07/2020

Mme OULMANTICH SAFAA

Médecin: Dr. AZIRAR RACHIDA

HEMATOLOGIE

| Analyses                        | Résultats | Normes                     | Antécédents       |
|---------------------------------|-----------|----------------------------|-------------------|
| NUMERATION GLOBULAIRE           |           |                            |                   |
| Globules rouges.....            | 3.2       | M/ $\mu$ l (3,8 à 5,8)     | 3.5 (04/04/20)    |
| Hémoglobine.....                | 10.6      | g/dl (11.5 à 16.5)         | 11.6 (04/04/20)   |
| Hématocrite .....               | 31        | % (35 à 47)                | 33 (04/04/20)     |
| V.G.M .....                     | 97        | fl (85 à 100)              | 94 (04/04/20)     |
| T.C.M.H.....                    | 33        | pg (27 à 32)               | 33 (04/04/20)     |
| C.C.M.H.....                    | 34        | % (32 à 36)                | 35 (04/04/20)     |
| Globules blancs.....            | 8400      | / $\mu$ l (4.000 à 11.000) | 8500 (04/04/20)   |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE            |           |                            |                   |
| Polynucléaires Neutrophiles.... | 68        | %                          | 71 (04/04/20)     |
| soit.....                       | 5712      | / $\mu$ l (2000 à 7500)    | 71 (04/04/20)     |
| Lymphocytes.....                | 24        | %                          | 22 (04/04/20)     |
| soit.....                       | 2016      | / $\mu$ l (1500 à 4000)    | 22 (04/04/20)     |
| Monocytes .....                 | 7         | %                          | 6 (04/04/20)      |
| soit.....                       | 588       | / $\mu$ l (200 à 800)      | 6 (04/04/20)      |
| Polynucléaires Eosinophiles.... | 1         | %                          | 1 (04/04/20)      |
| soit.....                       | 84        | / $\mu$ l (< à 400)        | 1 (04/04/20)      |
| Polynucléaires Basophiles.....  | 0         | %                          | 0 (04/04/20)      |
| soit.....                       | 0         | / $\mu$ l (< à 400)        | 0 (04/04/20)      |
| Plaquettes.....                 | 161.000   | / $\mu$ l 150.000/450.000  | 85.000 (04/04/20) |

LABORATOIRE  
Mohammed AMARA  
BIOLOGIE  
18/05/2020



# مختبر اعمارة للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 20/07/2020

Heure : 11:22

Edition du : 20/07/2020

Code Patient 0015588

Matricule :



Référence 50720T2774

du : 20/07/2020

Mme OULMANTICH SAFAA

Médecin: Dr. AZIRAR RACHIDA

### EXAMENS SEROLOGIQUES

#### SERODIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE (IgG)

- TECHNIQUE ..... : Toxo Fumouze
- SEUIL DE POSITIVITE..... : 6 UI/ml
- SERUM DU..... : 20/07/2020
- DETERMINATION..... : Suivi de grossesse
- TITRE..... : < 6 UI/ml
- CONCLUSION..... : Absence d'immunité, une surveillance sérologique s'impose tous les mois.

### BIOCHIMIE

#### EXAMEN DE SANG

| Analyses                        | Résultats | Normes            | Antécédents  |
|---------------------------------|-----------|-------------------|--------------|
| Glycémie à jeun.....            | 0.77      | g/l (0.70 à 1.10) |              |
| Ingestion de 75 g de d-glucose  |           |                   |              |
| Glycémie après 1h.....          | 1.75      | g/l               |              |
| Glycémie après 2h.....          | 1.41      | g/l               |              |
| VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.... | 22        | ng/ml             | 8 (04/04/20) |

#### Normes :

- < 10 Carence
- 10 - 29 Insuffisant ✓
- 30 - 100 Suffisant
- > 100 Toxicité

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
3 Bd Mohammed V - Mohammédia  
Tél : 05 23 30 40 30